

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 33

LES
DIAPHYSITES CHRONIQUES

De la difficulté fréquente
d'en diagnostiquer cliniquement la nature.



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 14 Décembre 1923

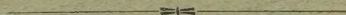
PAR

Pierre-Ernest-Marie AUBRY

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à BREST (Finistère), le 29 janvier 1899.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président.
		PICQUÉ, professeur	Juges.
		DUVERGEY, agrégé	
		VILLEMIN, agrégé	



BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1923

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 33

LES
DIAPHYSITES CHRONIQUES

De la difficulté fréquente
d'en diagnostiquer cliniquement la nature.



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 14 Décembre 1923

PAR

Pierre-Ernest-Marie AUBRY

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à BREST (Finistère), le 29 janvier 1899.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
		PICQUÉ, professeur	<i>Juges.</i>
		DUVERGEY, agrégé	
		VILLEMEN, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

—
1923

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSE.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	DENUÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	BÉGOIN.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmacutique.....	SIGALAS.
Médecine légale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUIL.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Pathol. ext. et chirurg. opératoire et expérimental.....	GUYOT.
Médecine légale et déontologie.....	N.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Médecine légale.....	LANDE.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
id.....	N.	id.....	DUVERGEY.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	PAPIN.
Chimie biologique et médicale.....	HERVIEUX.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	GREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Médecine opératoire.....	N.	Chimie.....	N.
Accouchements.....	PERY.	Pathologie interne.....	N.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Chimie analytique.....	N.
Périculture.....	ANDÉRODIAS.	Hygiène appliquée.....	N.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON FRÈRE JULES

MORT POUR LA FRANCE

SUR LE CHALUTIER « TUBÉREUSE » LE 5 DÉCEMBRE 1917

A MON PÈRE — A MA MÈRE

A MES PARENTS ET AMIS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLÉMY

*Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL BROCHET

*Sous-Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

A MES CAMARADES

DE L'ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE NAVALE, 1918

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de pathologie externe et chirurgie opératoire et expérimentale,
Chirurgien titulaire de l'Hôpital Saint-André,
Correspondant national de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne,
Officier de l'Instruction publique.*

LES

DIAPHYSITES CHRONIQUES

De la difficulté fréquente d'en diagnostiquer cliniquement la nature

INTRODUCTION

Plusieurs affections, parmi lesquelles et par ordre de fréquence, la syphilis, la tuberculose, le cancer, l'ostéomyélite chronique d'emblée, peuvent évoluer au niveau de la diaphyse des os longs, d'une façon insidieuse, sans fièvre, sans fracas.

Diagnostiquer la nature de telles diaphysites est chose très délicate. Des exemples nombreux d'erreur de diagnostic puisés dans la littérature médicale nous permettent de poser une telle affirmation. Or, au cours de notre stage dans le service de M. le professeur Gayot, il se présenta 2 cas de diaphysite chronique, dont la nature ne put être acceptée avec certitude, malgré un examen clinique minutieux, des recherches de laboratoires, des traitements d'épreuve.

M. le professeur Guyot, que nous tenons, ici même, à remercier pour ses conseils si précieux, nous chargea de faire une étude de ces inflammations chroniques de la diaphyse des os

longs, en insistant particulièrement sur les symptômes de ces lésions et la difficulté d'en préciser la cause.

Après une description succincte de l'anatomie pathologique des diaphysites chroniques, nous traiterons les caractères devant les différencier quant à leur nature :

- a) Tuberculeuse ;
- b) Syphilitique ;
- c) Néoplasique ;
- d) Ostéomyélique.

A chacun de ces chapitres feront suite quelques observations dont le diagnostic, longtemps incertain, ne put souvent être affirmé qu'à l'examen anatomique des pièces.

Par cette façon d'exposer, nous nous efforçons de mettre en lumière la différence essentielle existant entre des symptômes *classiques*, d'une part, *observés chez nos malades*, d'autre part, et la grande perplexité du clinicien ou plutôt du chirurgien appelé à conclure en présence de telles lésions.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique.

C'est au bulbe de l'os, là où le travail d'ossification est le plus actif, que se localise en général le germe infectieux venu d'un point quelconque de l'organisme, avec porte d'entrée souvent indéterminée.

Dans le cas de tuberculose, la lésion évoluera le plus souvent vers les extrémités osseuses, amenant des complications articulaires; elle envahit parfois progressivement la diaphyse, comme cela se voit aussi le plus ordinairement quand il s'agit de l'ostéomyélite banale. La syphilis reste, en général, localisée au corps de l'os, tandis que les ostéosarcomes se développent surtout au niveau des extrémités osseuses, dans la région du cartilage conjugal, quoique celui-ci ne soit pas toujours atteint.

Nous citons dans nos observations un cas d'ostéosarcome de siège exclusivement diaphysaire.

Nous observons aussi, au niveau des lésions osseuses, sur la peau, un réseau à mailles plus ou moins délicates dû à la dilatation des capillaires du derme; de plus, on note de l'atrophie musculaire, ainsi que de l'inflammation chronique et diffuse des muscles adjacents. Mais ce sont là des caractères communs aux affections chroniques des os; étudions les lésions propres à chaque diaphysite.

Diaphysite tuberculeuse. — A. *Siège.* — Les foyers tuberculeux peuvent se localiser :

1° Dans la région bulbaire.

Cette lésion, rarement primitive, est le plus souvent consécutive à une arthrite ou à une épiphysite tuberculeuse. Le cartilage de conjugaison marque un léger arrêt à l'infection, mais n'empêche point la propagation ;

2° Dans le tissu compact intermédiaire aux bulbes.

Fait très rare. Nélaton rapportant une observation n'ose affirmer qu'il ne s'agit pas simplement d'une destruction du tissu compact consécutive à une médullite ;

3° Dans 80 p. 100 des cas, d'après Lannelongue, le foyer osseux siège dans la paroi même du canal médullaire ; il reste enkysté par une membrane embryonnaire qui le limite ; ou bien, par suite d'une généralisation rapide chez un organisme affaibli, l'extension se fait d'un bout à l'autre du tube diaphysaire ;

4° Enfin, et c'est l'exception, il existe une périostite tuberculeuse primitive, le plus souvent consécutive à un traumatisme.

B. *Formes.* — L'affection peut rester localisée en un point, constituant le *tubercule enkysté*, véritable caverne tapissée d'une membrane tuberculeuse, renfermant une substance caséeuse avec petits séquestres, s'écrasant facilement, ou bien diffuser.

Cette dernière forme *d'infiltration tuberculeuse* a été fort bien décrite par Sahut. « Elle se présente, nous dit-il, sous deux aspects différents : l'infiltration grise revêt l'apparence d'une tache à bords nettement limités, tranchant, par sa teinte, sur la zone voisine hyperhémiee, de coloration lie de vin. Cet aspect est dû au dépôt, dans les mailles du tissu osseux, d'une matière analogue à la substance encéphaloïde, très adhérente à l'os. Bientôt succède l'infiltration puriforme caractérisée par sa teinte jaune et sa fluidité, par l'absence de vaisseaux sanguins et par l'hypertrophie de la partie infiltrée. »

Diaphysite syphilitique. — La lésion anatomo-pathologique remarquable est ici le syphilome qui se présente avec des caractères différents suivant qu'il est diffus ou circonscrit.

A. *Syphilome diffus.* — La diaphyse est considérablement augmentée de volume, les parties molles sont envahies. Il se produit parfois une transformation gommeuse avec fistule, suppurant d'ailleurs peu. Le périoste est épaissi, irrégulier, adhérent fortement à l'os, lequel prend l'aspect d'un fuseau ou d'une massue rappelant les lésions osseuses néoplasiques. Sur une coupe, on voit l'os hyperostosé, condensé par place avec, en d'autres points, du tissu raréfié, des lacunes et des tunnels.

B. L'ostéomyélite gommeuse restée circonscrite par suite d'un processus de sclérose fibreuse et osseuse périphérique. « La gomme, écrit Picard, jouant le rôle de corps étranger, détermine au niveau de l'os la formation d'ostéite raréfiante et d'ostéite productive, et l'on est frappé par l'irrégularité du processus pathologique; les lésions, en effet, sont réparties sans aucun ordre; c'est cette irrégularité, c'est ce désordre qui caractérise la syphilis osseuse. »

Ostéosarcome diaphysaire. — D'après Pujo, le plus grand nombre des ostéosarcomes des os longs prennent leur point de départ dans le cartilage conjugal. Ils sont épiphysaires ou juxta-épiphysaires. Les sarcomes des os des membres se développent aux dépens de deux parties; quand ils prennent naissance au niveau des éléments médullaires, ce sont des sarcomes centraux ou myélogènes. S'ils prennent naissance aux dépens de la couche ostéogène sous-périostique ou du tissu fibreux du périoste, ce sont des sarcomes périphériques ou périostaux. Ces derniers atteignent de préférence les diaphyses, contrairement aux autres qui évoluent surtout aux épiphyses ou sur les os courts. Ils ne sont pas entourés d'une coque osseuse, mais d'une capsule de tissu fibreux qui, rompue, laisse libre champ à l'envahissement du néoplasme. Contrairement au sarcome central, le sarcome périphérique ronge l'os de dehors en dedans. Histologiquement, on les classe en :

sarcomes périphériques à cellules rondes ;
sarcomes périphériques à cellules fusiformes ;
sarcomes périphériques à cellules ostéoides.

D'ailleurs, sarcomes centraux et périphériques correspondent à des caractères cliniques différents ; ces derniers provoquent des douleurs très violentes, sont plus rares, apparaissent dans le jeune âge, enfin sont plus malins du fait des généralisations et de l'envahissement plus fréquent des ganglions.

Ostéomyélite chronique d'emblée. — Le périoste ne présente aucun signe d'altérations profondes. Il peut cependant être décollé par une collection purulente sous-jacente, à laquelle il est parfois relié par de petites productions osseuses fragiles, preuve de la suractivité pathologique du périoste. Le tissu osseux est plus dur qu'à l'état normal. Il est le siège d'une ostéite condensante.

Épaississement du périoste, hyperostose, ostéite condensante ne sont pas les lésions exclusives de l'ostéomyélite chronique d'emblée. Le processus inflammatoire aboutit souvent à la suppuration et à la nécrose.

Les séquestres durs, éburnés sont contenus dans la cavité médullaire de l'os.

Du côté de la moelle, les lésions sont variables. Plus rouge qu'à l'état normal, simplement congestionnée dans les cas bénins, elle devient jaunâtre et subit la dégénérescence graisseuse dans les lésions anciennes. Les parois du canal médullaire ne sont plus lisses ; on y rencontre des rugosités dues à de petites productions osseuses qui obturent la cavité médullaire et finissent par la combler.

CHAPITRE II

Symptomatologie.

I. — Diaphysites tuberculeuses.

Les symptômes de la tuberculose diaphysaire attirent parfois si peu l'attention qu'il est des cas qui sont de véritables trouvailles d'autopsie. Ils correspondent, au point de vue anatomo-pathologique, à la forme de tubercule enkysté non ramolli déjà décrite.

Le plus souvent, un malade vient consulter parce qu'il remarque une augmentation du volume d'un de ses membres. A ce moment, le foyer est exclusivement osseux. Nous sommes à la première période. La douleur, peu accusée, sera en général calmée par le repos, mais exaspérée par la marche. Nous apprenons que, bien souvent, le malade n'a pas été arrêté dans son travail, qu'il n'a eu aucune fièvre; tout au plus a-t-il été incommodé la nuit par quelques sueurs.

Ses antécédents héréditaires sont entachés de tuberculose. Lui-même a souvent été malade, son aspect est malingre. Cicatrices cervicales anciennes. Sommets pulmonaires suspects, pleurésie (?) Parfois, au contraire, la palpation permet de se rendre compte de l'augmentation du volume de l'os, bien que souvent une épaisse couche de parties molles gêne l'exploration qui, à cette époque, ne permet de noter rien de caractéristique.

Atrophie musculaire, léger engorgement unilatéral des ganglions. Pas de fièvre.

L'affection continuant à s'étendre, une tumeur apparaît sous la peau. C'est la deuxième période. A l'inspection, légère saillie; la peau a conservé sa coloration normale. La tuméfaction commence à se ramollir. Le gonflement devient fluctuant, on assiste à la formation d'un abcès froid qui, le plus souvent, se propage à travers les tissus et vient faire saillie en un point plus ou moins éloigné de son lieu d'origine. On observe alors une tumeur de volume variable, sans forme bien déterminée, susceptible d'accroissement rapide, ou pouvant rester longtemps stationnaire; la peau est normale au début.

Pas de vascularisation particulière au niveau de la tumeur.

La palpation éveille une douleur vive; parfois, elle est à peu près indolore. Enfin, si l'on sonde, en le percutant, l'os malade, la douleur peut arracher un cri au patient. Longtemps, l'affection peut persister à ce stade et même régresser, mais presque toujours l'abcès tuberculeux suit sa marche envahissante vers l'extérieur. La peau, dès lors, se tend sous la poussée sous-jacente, devient rouge, violacée à son sommet et finit par se perforer spontanément ou sous l'influence du plus léger traumatisme.

Il s'écoule du pus grumeleux, mal lié, d'odeur caractéristique, charriant des flocons blanchâtres, des fongosités, des fragments de séquestres.

La présence d'une fistule et l'écoulement du pus sont les signes de la troisième période. La membrane tuberculogène tapisse les parois de ce nouveau canal, à l'extrémité duquel on trouve des bourgeons charnus, fongueux. La peau, en ce point, est déprimée, amincie, adhérente aux tissus sous-jacents. L'exploration permet d'arriver jusqu'à la surface osseuse. Les sensations que l'on obtient au contact de cette surface sont variables suivant les différentes formes en face desquelles on se retrouve.

Le stylet peut pénétrer dans une cavité pleine de pus dont les parois sont dures et résistantes; on trouve dans le pus des fongosités, des séquestres pulvérulents; il s'agit d'un tubercule enkysté.

D'autres fois, le stylet peut arriver immédiatement après le trajet fistuleux, au contact d'un corps dur; il fait entendre un son sec et net, comme s'il rencontrait une pierre. Il existe, dans ce cas, un séquestre éburné.

Enfin, le stylet peut pénétrer dans un tissu mou, comme dans du sucre mouillé. On a la sensation d'une crépitation fine produite par les trabécules osseuses amincies, friables; cette dernière exploration s'accompagne toujours d'un léger écoulement sanguin. Cette sensation est donnée par l'os carié.

Pas de température locale, pas de fièvre, celle-ci ne fait son apparition que beaucoup plus tard, quand la fistule s'est fermée, car il peut y avoir infection secondaire due aux microbes de la suppuration. La courbe de température présente de grandes oscillations. État général mauvais.

Inoculation du pus au cobaye. Cet examen expérimental peut être d'un secours précieux pour le diagnostic dans le cas d'un résultat positif. Mais en cas contraire, il faudrait se garder de conclure à la nature non tuberculeuse de l'affection.

Radiographie. A l'examen radiographique d'une diaphyse tuberculeuse, on note : 1° Une zone centrale claire, de dimensions variables, parfois composée de plusieurs logettes, souvent renflée en fuseau, allongée suivant l'axe de la diaphyse, zone indiquant la médullite fongueuse et l'ostéite raréfiante de voisinage que cette dernière provoque;

2° A la périphérie, nous apercevons, juxtaposée à la diaphyse ancienne, une ombre nouvelle à contours plus ou moins nets et qui indique la réaction de défense du tissu osseux, c'est à-dire la formation d'os sous-périosté.

Cet aspect radiographique de tuberculose médullaire peut simuler à s'y méprendre celui de l'ostéomyélite chronique (Philbert).

OBSERVATION I

Pierre DELBET, in *Journal des praticiens*, 1910.

Ostéosarcome ou tuberculose osseuse? Discussion du diagnostic.

Un jeune homme de 24 ans se présente avec une tuméfaction assez considérable siégeant à la face externe de la cuisse gauche; il ne peut préciser la date d'apparition de cette grosseur à laquelle il n'a jamais attaché beaucoup d'importance; s'il entre à l'hôpital, ce n'est pas parce que sa cuisse gauche est plus volumineuse que sa cuisse droite, mais parce que, dans cette région, il éprouve des douleurs. Ces douleurs ont débuté, il y a deux ans, à la suite d'une chute insignifiante sur le genou; elles ne sont jamais très vives, mais gênent cependant le malade dans son métier d'électricien.

A l'inspection, les limites de la déformation ne sont pas nettes; la coloration de la peau n'est pas modifiée.

Examinée pendant que les muscles de la cuisse sont à l'état de relâchement, la tumeur est immobile et sa consistance régulièrement ferme. Ses limites ne dépassent pas en dedans l'axe du fémur; elle n'englobe donc pas le fémur, mais se développe sur sa face externe.

Au point de vue de la tumeur, la difficulté de diagnostic est très grande. Il existe du côté gauche des ganglions inguinaux et cruraux, mais on en trouve à droite d'aussi perceptibles. La radiographie démontre l'existence d'une légère hyperostose sur la face externe du fémur, mais cette hyperostose est insignifiante si on la compare à la tumeur cliniquement décelable.

On peut penser à l'hyperostose syphilitique, mais ni l'interrogatoire, ni l'examen clinique ne permettent de découvrir des signes de syphilis héréditaire ou acquise.

L'histoire du malade ferait songer plutôt à une lésion tuberculeuse; assez chétif, il tousse fréquemment, s'enrhume facilement, et a été exempté du service militaire pour bronchite chronique.

L'hypothèse d'une ostéite tuberculeuse est donc vraisemblable, mais celle d'un sarcome ne l'est pas moins.

De l'âge du malade, nous ne pouvons tirer d'argument, non plus que de l'évolution insidieuse de la maladie.

Certains renseignements tirés de l'interrogatoire et de l'examen clinique ont plus de valeur; le malade est entré à l'hôpital parce qu'il souffrait; or, s'il y a sarcome, la palpation et la radiographie montrent qu'il s'agit très certainement d'un sarcome périostique, et nous savons que les sarcomes superficiels sont au contraire, en général, parfaitement indolents.

De plus, le malade souffre quand on presse en certains points de la tumeur, et les néoplasmes malins ne sont pas douloureux à la pression.

Il est donc probable que nous sommes en présence d'une ostéite bacillaire avec abcès froid, mais nous ne pouvons affirmer ce diagnostic avec certitude.

OBSERVATION II (résumée).

In thèse de SAHUT, 1903.

Tuberculose diaphysaire.

M... (Marie), 16 ans, entre à l'hôpital, le 18 décembre 1902, pour grosseur à la jambe droite. Sa mère tousse. Pas de renseignement sur son père.

Antécédents personnels. — Rien à signaler.

Examen. — Sur le bord externe de la jambe droite et dans son quart supérieur, on note une tuméfaction du volume d'une noisette. Peau d'apparence normale. Pas de température. Pas d'atrophie musculaire, ni d'engorgement ganglionnaire apparent. Le poumon paraît sain. Appétit conservé. Pas de cicatrice d'anciennes adénites cervicales. État général bon.

Opération pratiquée le 5 janvier. On trouve le périoste décollé par du pus et des fongosités qui sortent de l'intérieur du péroné. Évidemment, grattage. La lésion évolue vers la guérison.

OBSERVATION III (résumée).

In thèse de SARUT, 1903.

J... (Suzanne), 9 ans, entre à l'hôpital, le 17 novembre 1902, pour gonflement de la jambe gauche, apparu il y a deux mois, s'accompagnant d'un peu de douleur.

Antécédents héréditaires et personnels. — Rien à noter.

Examen. — Sur la face antéro-interne de la jambe gauche et dans son tiers supérieur, on note un petit orifice fistuleux.

Douleur provoquée à la pression du tibia. Le stylet introduit dans le trajet fistuleux arrive sur l'os dénudé et nécrosé. Atrophie des muscles du mollet. Dans l'aîne se trouvent quelques ganglions. Aucune lésion pulmonaire. Pas d'adénite ancienne. État général bon.

Opération, 18 novembre. Une incision de 4 centimètres permet d'arriver sur des fongosités ramollies (signature du diagnostic). Évidemment osseux, grattage. Guérison deux mois après l'intervention.

OBSERVATION IV

Chez une femme adulte, tumeur ostéopériostique de l'humérus de nature tuberculeuse probable. Au début, apparition au niveau du bras de douleurs rhumatoïdes, en février 1902. Puis douleurs vives qui forcent la malade, professeur de piano, à abandonner son travail.

On traite ces douleurs par les salicylates de soude et de méthyle. Les douleurs, au lieu de diminuer, deviennent intolérables et obligent à recourir à la morphine. On fait le traitement syphilitique sans résultat. La malade n'a aucune tare tuberculeuse. Deux filles en parfaite santé.

On fait des pointes de feu profondes; amélioration passagère. Mais les douleurs redeviennent vives et le 12 juillet 1902, à l'occasion d'un léger mouvement, fracture au niveau du tiers moyen de l'humérus.

M. le Dr Courtin fait la désarticulation de l'épaule. L'humérus présente des lésions d'ostéopériostite tuberculeuse. L'os est envahi dans toute son épaisseur. Le périoste est épaissi et infiltré.

II. — Diaphysites syphilitiques.

Comme il a été dit au chapitre de l'anatomie pathologique de ces affections, la syphilis évolue au niveau des os de deux façons.

La *gomme circonscrite* qui guérit par ossification. Gangolphe, en 1884, cite 9 observations rapportées par Chiari (de Prague) où la lésion, rappelant certaines formes tuberculeuses, n'a pas été reconnue pendant la vie du malade.

Nous n'étudierons ici que la gomme diffuse envahissante qui s'attaque aux tissus voisins et peut même s'ulcérer.

Elle siège 28 fois sur l'humérus, 26 sur le fémur, sur 100 cas observés; puis, par ordre de fréquence, sur le tibia, la clavicule, le radius, l'omoplate, le cubitus, la rotule.

L'interrogatoire peut renseigner sur la date d'apparition du chancre, lequel s'est manifesté au moins deux ans avant les phénomènes osseux. Ceux-ci, d'après Perret, évoluent deux à trente ans après l'accident initial, et c'est entre 30 et 50 ans, toujours d'après les mêmes statistiques, que l'on observe le maximum des lésions osseuses syphilitiques. Nous apprenons, en outre, que le traitement spécifique n'a pas été suivi régulièrement.

Si le chancre n'est pas avoué et si, plus simplement, il a passé inaperçu, la connaissance des accidents secondaires syphilitiques est de la plus haute importance.

L'interrogatoire nous renseigne aussi sur les douleurs éprouvées. Ce sont les *douleurs ostéocopes* observées dans ces cas 29 fois sur 49, d'après Gangolphe. Elles peuvent disparaître après une certaine période.

Zeissl nous donne une explication de ces douleurs : « Le tissu embryonnaire vient emplir les espaces médullaires dont les parois très résistantes éclatent violemment sous la poussée de

ce tissu de nouvelle formation. Par cet éclatement, s'explique la douleur terrible dont les os sont le siège. »

Sur la nature des douleurs dont il souffre, le malade avoue qu'au début, il ressentit une gêne, un engourdissement, puis bientôt « une douleur vive, tétrebrante, aiguë, déchirante, fixe, très limitée, exaspérée par une pression superficielle, plutôt calmée, au contraire, par une forte pression » (Picard).

Enfin, cette douleur est caractérisée par le fait qu'elle commence à une heure déterminée de la journée et atteint son maximum pendant la nuit.

La forme de la tumeur n'est pas constante. Dans certains cas, elle est hémisphérique, dans d'autres, elle revêt un aspect conique; quelquefois, de simples bosselures ou une saillie en forme de crête ou une sorte d'anneau qui enserre un fragment osseux.

La palpation donne quelquefois la sensation d'une tumeur très dure. D'autres fois, elle semble élastique, et quand elle tend à se caséifier, on perçoit un point ramolli, où va s'ulcérer la tumeur. Par cette ulcération s'élimine la substance gommeuse.

Cette ulcération a ses bords arrondis, taillés à pic.

Le stylet introduit dans la fistule pénètre facilement dans le corps de l'os.

La suppuration, quand elle existe (7 cas sur 49, d'après Perret), est peu abondante, constituée par un liquide visqueux.

« Dans aucun cas, affirme Gangolphe, à la suite d'une observation minutieuse de nombreuses lésions syphilitiques, il ne s'était formé d'abcès ou de collection comparable à celles qui sont la conséquence habituelle de la tuberculose osseuse ou de l'ostéomyélite infectieuse. »

Enfin, un des symptômes importants est l'absence habituelle d'engorgement ganglionnaire.

Nous avons étudié exclusivement les signes correspondant aux diaphysites survenant à la période tertiaire de la syphilis. Nous avons omis les lésions osseuses de la syphilis secondaire. Celles-ci sont d'un diagnostic relativement facile. Elles se caractérisent par des tuméfactions superficielles — survenant quinze jours environ après l'apparition du chancre — et des douleurs

nocturnes remarquables par leur fixité, ce qui les distingue d'avec les douleurs rhumatismales, seules affections qui ont quelques caractères cliniques communs.

Les symptômes de la syphilis héréditaire osseuse sont à peu de chose près les mêmes que ceux de la syphilis acquise, si l'on ajoute la triade d'Hutchinson qui est particulière à cette première affection. Celle-ci frappe les os vers l'âge de 12 ans, si l'on excepte la forme syphilis héréditaire précoce qui atteint le nourrisson.

Radiographie. — Au début, il est rare que la radio décèle la médullite initiale; le premier phénomène observé est généralement la réaction périostique de voisinage. Mais au fur et à mesure que l'hyperostose se développe, on voit apparaître autour de la diaphyse une ombre aux contours estompés. Sa teinte ira se fonçant avec l'âge; d'ailleurs, de même que la syphilis s'accroît par poussées, de même s'accroît l'hyperostose. Il en résulte que cette dernière est souvent formée par une série de couches osseuses superposées qui se révèlent à la radiographie par une ombre aux tons différents (Philbert).

Lorsque la lésion est très ancienne, l'os apparaît noueux, bosselé, uniformément opaque. Il n'est plus possible de reconnaître la texture de l'os.

OBSERVATION V

In thèse de CHABRIAC, Paris, 1899.

Ostéomyélites gommeuses de la clavicule droite et du tibia gauche prises au début pour des ostéites tuberculeuses.

Albertine P..., 27 ans, entre le 9 mars à l'Hôpital Saint-Louis.
Fistule à l'épaule droite et à la jambe gauche

Mère morte d'une maladie de foie; toussait un peu.

Père bien portant, sœur bien portante.

Cinq frères et sœurs sont morts, la plupart de méningite, entre 10 mois et 3 ans.

A marché très tard; soignée pendant son enfance pour rachitisme.

Aubry

Mariée à 19 ans 1/2.

Ne se rappelle pas avoir eu de bouton à la vulve ou ailleurs, pouvant faire penser à un chancre; n'a eu aucune éruption.

Deux ans après son mariage, elle perd ses cheveux. Violents maux de tête le soir. Au bout de cinq ou six mois, la douleur se calme, les cheveux repoussent.

Il y a un an, accouche prématurément d'un enfant de 8 mois, mort et macéré.

Quelque temps après, elle ressent de la douleur au niveau de la face interne du tibia gauche, puis une tuméfaction qui s'ouvre au bout de quelques mois et suppure. Un médecin consulté prescrit des pansements humides antiseptiques.

En janvier dernier, douleur à l'épaule droite; tuméfaction, fistule. Amaigrissement assez notable depuis six mois.

10 mars : A l'extrémité externe de la clavicule droite, on voit un orifice circulaire duquel s'écoule constamment un liquide louche.

Douleurs violentes la nuit à ce niveau. Pression peu douloureuse.

A la face interne du tibia gauche se trouve une ulcération de 5 à 6 millimètres de largeur. On n'arrive pas sur l'os avec le stylet.

Pas d'adénite crurale.

Diagnostic : On hésite entre ostéite tuberculeuse et ostéomyélite gommeuse. On ordonne le traitement mixte ainsi qu'une application de Vigo sur les plaies.

En huit jours, la plaie de la jambe est complètement guérie.

L'épaule va mieux.

6 juin : La malade est complètement guérie.

OBSERVATION VI (personnelle).

Service de M. le professeur Guyot.

D... (Jean), mécanicien, 53 ans.

Entre dans le service du professeur Guyot, à Saint-André, le 23 juillet 1923.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade. Il a pourtant mené « dure vie », puisque depuis son jeune âge il est embarqué et a passé de longues années à la mer sur un navire d'une compagnie de navigation de Bordeaux. A noter une blennorrhagie à 17 ans.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Père mort à 70 ans d'une congestion cérébrale. Mère morte à 52 ans subitement.

Deux sœurs décédées l'une à 28 ans, l'autre à 30 ans, d'affections que le malade ne peut préciser. Un frère, actuellement en très bonne santé.

Histoire de la maladie. — Il y a un peu plus de trois ans, en juin 1920, à la suite d'une petite promenade de 5 kilomètres, D... ressent une grande fatigue et une lassitude généralisée. Deux ou trois jours après, ayant voulu, une nuit, se lever pour uriner, il lui est impossible de poser à terre son pied gauche, car il ressent une horrible douleur au niveau de la cuisse. Celle-ci enfle légèrement au niveau de son tiers inférieur.

Les mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse sont limités. Fin septembre, tout est rentré dans l'ordre, la température, aux dires du malade, étant à peu près restée normale pendant ces trois mois. Reprise du service le 25 décembre 1920.

En juin 1921, sans cause, le malade voit apparaître à la partie supérieure du creux poplitée une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule dont la consistance, d'abord dure pendant plusieurs jours, se ramollit, devient fluctuante, puis s'ouvre à l'extérieur, laissant écouler un pus qui exhale une odeur infecte. Ainsi naît une fistule qui ne se refermera plus.

Le 3 janvier 1922, D... est hospitalisé à la Clinique maritime de Bordeaux où il reste treize mois. Le lendemain de son arrivée, il est opéré.

Débridement inférieur. Pansements pendant cinq mois. Le trajet fistuleux ne tarissant toujours pas, on ordonne un traitement spécifique qui malheureusement ne put être continué, puisque, à la quatrième piqûre intraveineuse de novarsénobenzol, le malade est pris de vomissements et esquisse une crise nitritoïde. Avec le traitement au mercure, on n'est pas plus heureux, des accidents de stomatite mercurielle étant survenus à la sixième piqûre intramusculaire d'huile grise.

Curettage pratiqué le 11 novembre 1922, mais toujours résultat insignifiant; la suppuration est légère, mais continue. Le malade sort de la clinique maritime le 3 février non guéri. Le 30 avril, son

état restant stationnaire, il demande son hospitalisation. Rentre salle 11, puis transaté salle 17, le 23 juillet 1923, où il nous a été permis de l'examiner.

Examen. — Le membre inférieur gauche, au niveau de la partie fémorale, est très gros. Sur la face antérieure de la cuisse, on ne note aucune modification de la peau. Aucun orifice fistuleux sur les faces interne et externe, mais à la partie postérieure, longue incision médiane, par où l'os a été abordé lors de la dernière trépanation. Sur cette cicatrice post-opératoire, il existe trois trajets fistuleux par où s'écoule un liquide séro-sanguinolent.

A la palpation, on sent une tumeur volumineuse, dure, immobile, semblant englober l'os, faire corps avec lui et recouverte de masses musculaires infiltrées, surtout dans la région postérieure. En pressant un peu fortement sur cette tumeur, on fait jaillir une notable quantité de pus.

Aucun engorgement ganglionnaire dans l'aine gauche.

État général bon. Aucun signe de syphilis ni de tuberculose.

Pas de cicatrices d'anciennes adénites cervicales.

Rien à signaler aux poumons, cœur et reins.

Examen du pus. — Nombreux polynucléaires désagrégés.

Ensemencement : staphylocoque.

Inoculation au cobaye : résultat négatif.

Radiographie. — Au tiers inférieur de la diaphyse, boursoufflement fusiforme. Les limites en sont ondulées. De part et d'autre, on remarque quelques séquestres de petite dimension qui semblent encore fixés. A l'intérieur, trois cavités rappelant de loin l'aspect en « nid d'abeilles ». L'os qui entoure ces cavités semble condensé.

OBSERVATION VII

In thèse de PICARD, 1904.

Diaphysite syphilitique du tibia.

F... (Émile), 39 ans, ouvrier d'usine.

Antécédents. — Nie toute syphilis; marié, femme bien portante; un enfant vivant, pas de fausse couche. Pas de tuberculose, un peu d'éthylisme.

Maladie actuelle. — A débuté, il y a deux ans, par des douleurs sourdes au niveau du tibia droit; ces douleurs ont peu à peu augmenté, vives surtout le soir; en même temps apparut une tuméfaction; la marche devient difficile et au bout de deux ans, le malade doit cesser tout travail.

Il entre à l'hôpital le 1^{er} février 1903. On constate que le tibia est considérablement augmenté de volume à sa partie moyenne, de sorte que l'os a, dans son ensemble, la forme d'un fuseau; la partie la plus hypertrophiée siège un peu plus près de l'extrémité supérieure que de l'inférieure.

Nulle part on ne sent de point ramolli, ni de fluctuation. L'os est douloureux à la pression et il existe des douleurs spontanées très vives, surtout le soir, au niveau du point le plus hypertrophié.

Nulle part on ne constate de trace de syphilis ou de tuberculose.

Constitution vigoureuse. On porte le diagnostic probable d'ostéomyélite chronique du tibia, avec abcès central.

Opération le 3 février 1903. Incision au niveau de la partie hypertrophiée. L'os est le siège d'une hyperostose très considérable; dans le canal médullaire, on ne trouve pas de pus, mais quelques fongosités et deux petits séquestres. La cavité est régularisée et tamponnée.

Dans la suite, cette cavité bourgeonne et se referme peu à peu; le volume de l'os diminue. Le malade repart chez lui au commencement de mars 1903.

Il rentre à l'hôpital le 2 janvier 1904. Son état s'était maintenu très amélioré pendant six mois. Depuis trois mois, réapparition des douleurs, surtout nocturnes, et d'un gonflement de l'os au niveau du point trépané; la cicatrice s'est superficiellement ulcérée il y a un mois et le stylet conduit sur l'os dénudé.

Deuxième opération le 5 février 1904. Incision suivant l'ancienne cicatrice, trépanation. L'os est considérablement hyperostosé, mais paraît vermoulu, beaucoup moins dur que lors de la première trépanation; pas de pus. Régularisation, drainage.

En raison de l'état de l'os, de son aspect vermoulu et comme rongé, on pense à de la syphilis osseuse et on ordonne l'iodure de potassium à haute dose (4 à 7 grammes par jour).

Le malade part guéri au milieu de mars.

III. — Ostéosarcomes diaphysaires.

1^{re} PÉRIODE. — Début très variable. La douleur apparaît sourde, continue ou pongitive, lancinante, augmentant par la marche ou la fatigue, se calmant par le repos, ressemblant ainsi à une douleur rhumatismale.

Puis apparaît la tuméfaction.

À l'inspection, on note une déformation du membre très augmenté de volume. On a affaire à une tumeur globuleuse, adhérente à l'os, ne semblant présenter que quelques connexions avec lui ou l'entourant comme d'un manchon.

Les téguments situés au-dessus de la tumeur paraissent sains; ils sont sillonnés quelquefois par de grosses veines bleuâtres.

Par la palpation, on perçoit que la masse fait corps avec l'os. Cependant, celle-ci ayant rompu sa membrane d'enveloppe peut pousser des prolongements dans les parties molles et jouir ainsi d'une mobilité anormale, d'où cause d'erreur.

La consistance peut varier de la plus grande mollesse à la dureté marmoréenne. Lorsqu'elle est dure, on perçoit la crépitation parcheminée, ou on a la sensation de lamelles osseuses qui se brisent sous la pression du doigt.

La température locale est augmentée de 1 ou 2 degrés d'après les recherches de Estlander, surtout quand le développement de la tumeur est rapide (Schwartz). A cette période, l'état général est souvent très satisfaisant; amaigrissement léger, retentissement ganglionnaire inconstant; tantôt on ne trouve aucun ganglion, tantôt on voit se développer des masses ganglionnaires quasi inflammatoires.

Radiographie. — Aspect différent suivant que la tumeur est centrale ou périostique.

1° Ostéosarcome central : L'os se détruit progressivement sur toute l'épaisseur de la diaphyse qui disparaît sur une certaine hauteur, souvent en abandonnant des nodules osseux, à contours estompés. On voit donc l'os se perdre dans la tumeur dont les contours restent indécis;

2° Ostéosarcome périostique diffus : Le sarcome infiltré de sels calcaires est plus opaque que les tissus mous. Il se distingue donc bien sur l'épreuve radiographique, tout en présentant des contours peu nets. L'os qui a conservé sa forme et son intégrité apparente embroche la tumeur et reste bien visible (Polosson et Bérard).

2^e PÉRIODE : La tumeur s'est développée par phases successives d'arrêt et de recrudescence. Le réseau superficiel de veines s'est agrandi. La peau qui glissait sur la tumeur lui devient adhérente, s'amincit, prend une coloration violacée, et il apparaît une escarre donnant issue à une sérosité sanguinolente. Il survient quelquefois des hémorragies qui peuvent emporter le malade. L'état général devient mauvais.

Amaigrissement; les téguments prennent une couleur jaune paille, la diarrhée survient ainsi que la fièvre et le malade succombe si le chirurgien n'intervient à temps.

OBSERVATION VIII

M. le Dr BÉCHEL.

Ostéosarcome du tiers inférieur du fémur. Diagnostic après l'amputation de la cuisse.

Anna R..., de Strasbourg, 16 ans, vient me consulter, dans le courant de janvier, pour une affection du genou, en apparence peu sérieuse.

Elle a toujours joui d'une excellente santé, bien qu'issue de parents entachés au plus haut degré de scrofule. La mère est sujette à des engorgements ganglionnaires de l'aisselle et du cou.

Pas de syphilis. Le frère a subi avec succès, au mois d'août dernier, une double extirpation de ganglions inguinaux volumineux. La plus jeune sœur est morte, il y a deux ans, de phtisie. Sa sœur aînée est fréquemment atteinte de rhumatisme. Elle présente le facies scrofuleux le mieux caractérisé, lèvres épaisses, nez épaté, taies de la cornée, etc.

L'affection qui amène M^{lle} R... à ma consultation date d'une quinzaine de jours environ. Elle a débuté sans cause connue.

Pas de traumatisme antérieur. L'articulation du genou est normale.

Le tiers inférieur de la cuisse présente un léger empâtement profond.

L'os semble augmenté de volume. Apyrexie complète. Pas d'autres symptômes, pas de ganglions inguinaux.

Me basant sur les antécédents énumérés plus haut, je diagnostique une *ostéopériostite scrofuleuse* plus ou moins chronique et je prescris des badigeonnages de teinture d'iode.

Au bout de quinze jours, l'état n'a pas changé; je perds la malade de vue et la crois rétablie, lorsque, le 20 mars, je la retrouve dans la maison de santé des dames diaconesses.

L'empâtement du tiers inférieur de la cuisse a notablement augmenté.

On constate une tumeur de la grosseur de deux pouces, molle, manifestement fluctuante. La peau qui la recouvre est normale. Les douleurs sont vives, térébrantes.

L'articulation est libre. Apyrexie.

Opération le 20 mars. Incision de 10 centimètres sur la tumeur.

Il s'en écoule de la sérosité sanguinolente. Des esquilles flottent librement dans le fond de la plaie. Le travail destructif a envahi le tiers inférieur du fémur dans les trois quarts de sa circonférence. Les tissus environnants sont indurés, lardacés; les muscles eux-mêmes paraissent dégénérés. Pansement de Lister.

Le 21, la température est de 37°8 le matin et de 39°5 le soir.

Le 22, température matin, 38°9; soir, 40 degrés. On renouvelle le pansement; odeur infecté d'os carié. Les jours suivants, l'état empire.

Le 29 mars, amputation de la cuisse. Lambeau antérieur.

Le 29 avril, le malade circule avec des béquilles. Guérison complète.

L'examen microscopique a montré que la tumeur était un sarcome fuso-cellulaire.

OBSERVATION IX

In thèse de SCHWARTZ.

Ostéosarcome pris pour une ostéite tuberculeuse.

Un jeune homme de 21 ans entre à l'Hôpital Beaujon pour une tumeur indolente de l'extrémité supérieure du tibia, qui était stationnaire depuis six mois et qui, depuis dix jours, prend un accroissement plus rapide sous l'influence d'une chute.

La tumeur est douloureuse, l'enfant est scrofuleux, on pense à une lésion inflammatoire et nécrosique centrale.

On tente une intervention dans ce sens ; il s'agissait d'un sarcome ostéoïde de la jambe, et l'erreur étant reconnue, le malade est amputé de la cuisse.

IV. — Ostéomyélite chronique d'emblée.

Le début est mal accusé par les malades. A tort ou à raison, ils invoquent un traumatisme ancien à la suite duquel l'infection s'est établie sournoisement.

Les douleurs attirent l'attention. Elles ouvrent la scène, précédant presque toujours le gonflement osseux. D'abord sourdes et supportables, elles permettent au malade de vaquer à ses occupations.

Elles augmentent d'intensité après des mois ou des années, pendant lesquels le malade a pu se croire guéri, puis affectent une forme intermittente à paroxysmes réguliers.

Ces douleurs sont diversement interprétées par le patient : fison allumé au centre de l'os, coups de marteau, vrille qui transperce, fulguralgie. Elles occupent tout l'os atteint, sans siège précis, se calmant par le repos. L'os douloureux spontanément ne le devient pas davantage à la pression dans un point déterminé. Les douleurs sont parfois plus vives la nuit que le jour ; elles sont alors analogues aux douleurs ostéocopes de la

syphilis et peuvent être assez intenses pour empêcher le sommeil.

Le gonflement porte quelquefois sur toute la longueur de la diaphyse ; il est dû à l'os périostique nouveau qui se forme autour de l'os ancien. Les parties molles, à une période avancée de la maladie, peuvent avoir augmenté de volume et il devient difficile de faire la part de ce qui revient à l'os et aux parties molles environnantes.

L'os peut avoir doublé de volume, mais sa forme générale est conservée, ce qui différencie cette lésion des ostéosarcomes. Quand il est superficiellement placé, comme le tibia par exemple, on peut constater la présence de stalactites osseuses caractéristiques d'inflammation chronique. Disparition des crêtes qui deviennent mousses et accidentées.

Tandis que la douleur et le gonflement existent seuls, l'état général reste bon, il n'y a pas de fièvre : c'est une affection apyrétique jusqu'à ce que des complications surviennent.

Quelquefois aussi, l'amaigrissement apparaît ; c'est là un signe qui force à penser à l'ostéosarcome. Les ganglions peuvent s'enflammer ; mais le plus souvent, dans ce cas, cette inflammation est due aux altérations des parties molles.

Enfin, des phénomènes d'ostéomyélite aiguë apparaissent parfois. La suppuration, bien qu'elle puisse ne jamais exister dans l'ostéomyélite chronique d'emblée, est plus fréquente que dans les sarcomes des os. D'ailleurs, l'inflammation de ces tumeurs, en tant qu'inflammation suppurative, nous dit Schwartz, est rare, ces abcès peuvent se former à la périphérie ou dans la tumeur elle-même.

Gangolphe classe les formes d'ostéomyélite chronique d'emblée en quatre groupes :

1° Hyperostose simple, et c'est dans ce cas que le diagnostic est le plus délicat ;

2° Hyperostose avec suppuration ;

3° Hyperostose sans suppuration, mais nécrose ;

4° Hyperostose avec suppuration et nécrose.

Radiographie. — On note :

1° Un amincissement plus ou moins marqué de la coque compacte diaphysaire;

2° Une clarté anormale du canal médullaire due à la raréfaction des travées osseuses et à leur décalcification. Le canal revêt d'ailleurs souvent un aspect tacheté dû à ce que la résorption des travées ne se poursuit pas uniformément, mais est plus unie à certains endroits.

OBSERVATION X (personnelle).

Service de M. le professeur Guyot.

V..., sujet grec, 28 ans, riveur.

Entre à l'hôpital le 7 mai 1923.

Antécédents personnels. — Né en Bulgarie où il reste jusqu'à 17 ans. En 1912, pour se soustraire au service militaire, part pour Athènes, qu'il quitte en 1917 pour la France.

Dans l'enfance, n'a jamais été malade. Nie tout antécédent vénérien.

A toujours été très bien portant jusqu'à l'âge de 24 ans; n'a jamais souffert des membres dans son adolescence.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Antécédents collatéraux. — Trois frères et trois sœurs, tous en bonne santé.

Histoire de la maladie. — Il y a quatre ans, le malade commence à ressentir quelques douleurs au niveau du tiers inférieur de la cuisse gauche sans cause connue.

Au début, ces douleurs étaient encore supportables puisque, malgré elles, notre malade continua son travail. Mais deux ou trois jours après, elles augmentent considérablement d'intensité, la moitié inférieure de la cuisse gauche est tuméfiée, très douloureuse; notre Grec est obligé d'immobiliser complètement son membre atteint.

Un médecin, consulté, conseille le repos complet au lit.

Au bout de vingt-cinq jours, les douleurs très vives ont diminué, la température est normale, l'état général, bon; mais sur la face

externe du tiers inférieur de la cuisse gauche, la tumeur dure et profonde est devenue volumineuse. Malgré cela, le malade reprend son travail bien que ressentant toujours un malaise et une faiblesse généralisée.

Cependant, deux ans après, il souffre à nouveau ; la cuisse gauche est très gonflée et à la partie moyenne de l'ancienne tumeur, il se forme une autre tumeur molle et douloureuse, du volume d'un œuf de pigeon. La peau, tendue et chaude, présentait un sillon noirâtre. Elle s'ulcère, laissant écouler un pus épais, verdâtre, avec quelques gouttes de sang, mais sans fragments osseux. Cette période de suppuration abondante dure deux ans. L'état du malade s'aggravant, celui-ci va trouver le docteur L... qui lui conseille de rentrer immédiatement à l'hôpital.

Examen. — L'inspection nous montre une grosse tuméfaction de la moitié inférieure de la cuisse gauche. Sur la face externe du tiers inférieur du membre atteint, la peau est violacée, altérée, présentant deux trajets fistuleux. Ces fistules, déprimées, à bords non décollés, laissent écouler un pus abondant, jaunâtre, assez épais, mais sans séquestres. Sur la face antérieure et interne de la tumeur, la peau ne présente aucune altération. Absence de réseaux veineux sous-cutanés.

Palpation : Au niveau de la diaphyse fémorale, on observe sur une longueur très étendue une tumeur de consistance très dure, à surface assez irrégulière. L'os est doublé de volume. Pas de fluctuation. Le stylet introduit dans les trajets fistuleux permet d'arriver sur une surface osseuse donnant un son sec. Les muscles de la face antérieure et externe de la cuisse ont subi une atrophie considérable et sont transformés en tissu scléreux au niveau des trajets fistuleux. On perçoit des ganglions dans l'aîne et la fosse iliaque correspondante. Les articulations ne présentent aucune lésion. La marche est possible.

On provoque de la douleur en appuyant un peu fortement sur la partie externe de la tumeur.

Aspect radiographique rappelant en tous points celui décrit dans l'observation VI, mais le siège de la lésion est ici au tiers moyen de la diaphyse.

Signes généraux : Facies décharné. Teint pâle. Les yeux injectés expriment une fatigue générale. Le malade a maigri de 16 à 18 kilos depuis le début de son affection.

Appareil digestif : Aucun trouble de ce côté.

Appareil circulatoire : Rien à signaler au cœur. Température, 36°8. Pouls, 68.

Appareil respiratoire : Absolument sain.

Appareil urinaire : Le malade accuse parfois quelques douleurs dans la région lombaire. Urines peu abondantes, troubles. Examinée par le laboratoire (Voir plus loin).

Appareil génital : Pas de blennorragie. Pas de syphilis avouée.

Testicule gauche un peu augmenté de volume. La queue de l'épididyme est bosselée.

Laboratoire. — Réaction de Wassermann (8 mai 1923) : Négative.

Examen du pus. — 14 mai 1923 : Pas de microbes à l'examen direct. Ensemencement : Staphylocoques.

Examen du pus. — 23 juillet 1923 : Très nombreux polynucléaires.

Quelques lymphocytes. Cocci en diplocoques et en courtes chaînettes prenant le gram.

Examen des urines. — 8 mai : 500 cc.; couleur jaune ambrée; aspect limpide; sédiment très faible; réaction acide; densité, 1.028.

Urée, 34,20.

Phosphates, 2,50.

Chlorures, 10,80.

Albumine, 0.

Glucose, 0.

Intervention. — 5 juin 1923 : Trépanation. On trouve un gros os, irrégulier, très dur.

A la partie inférieure existait un clapier purulent. Dans le périoste, à la partie postérieure, on voit une petite artériole qui saigne abondamment.

On met quelques pinces à demeure et on bourre la cavité avec des mèches.

Le 24 juillet, le malade a beaucoup de fièvre; grandes oscillations dans la courbe de la température, qui atteint jusqu'à 40°9. On pense à des accès répétés de paludisme. L'examen du sang est demandé au laboratoire.

Examen du sang. — Formule hématologique.

Globules rouges, 3.280.000.

Globules blancs, 4.800.

Pas d'hématozoaire.

Le professeur Guyot pense à une rétention de pus, et une intervention est aussitôt pratiquée. On incise du côté interne de la cuisse; on tombe sur du pus que l'on évacue; pansement au Dakin. Drainage de la cavité.

Le 26 juillet, la température est revenue à la normale.

Revue en novembre, la lésion évolue vers la guérison.

OBSERVATION XI (résumée).

MORRANT BAKER, *Medico-chirurgical transaction*, 1877.

J. B..., 20 ans. Entre à Saint Bartholomews' Hospital en août 1877.

Dix semaines avant son entrée à l'hôpital, le malade avait souffert de sa cuisse gauche qui, en même temps, augmentait peu à peu de volume. La douleur, surtout vive pendant la nuit, et le gonflement augmentèrent graduellement. Six semaines après le début des douleurs, alors que le malade se promenait tranquillement, sa jambe gauche manque sous lui et il tombe. Il s'était fait une fracture spontanée du fémur au tiers moyen. Entre à l'hôpital.

Examen. — La cuisse est très augmentée de volume. A l'exploration, on trouve que le gonflement est dû à une tumeur du fémur, dure, incompressible, occupant tout le tiers moyen de l'os. Les téguments sont normaux ainsi que les parties molles. Le malade, en proie à des douleurs violentes, manque de sommeil.

Le diagnostic de *tumeur maligne* du fémur ayant été posé, la désarticulation de la hanche fut pratiquée. Après suppuration abondante, le malade guérit.

En faisant une coupe longitudinale au fémur, on vit que l'affection dont souffrait le malade était une nécrose de presque toute la diaphyse.

OBSERVATION XII (résumée).

In thèse de DEMOULIN.

Ostéomyélite chronique d'emblée du tibia gauche prise pour un ostéosarcome.

V... (Eugène), âgé de 59 ans, peintre en bâtiment, entre à la Charité le 4^{er} décembre 1887, service de M. le professeur Trélat.

N'a jamais été malade. Pas de tuberculose, aucun antécédent syphilitique ni lésion osseuse ancienne.

Il y a sept ans, chute sur les pieds d'une hauteur de 3 mètres, à la suite de laquelle douleurs très vives au niveau de la malléole interne. Cinquante-cinq jours de lit, puis tout rentre dans l'ordre.

Le 12 juillet dernier, douleurs vives, sans siège précis, dans la jambe gauche. Le 15 octobre, la jambe commence à grossir. En quelques semaines, l'augmentation de volume du membre fait de rapides progrès, les douleurs deviennent atroces. Sensation d'éclatement du tibia.

État actuel. — La jambe gauche est très augmentée de volume, œdématisée. On note une ulcération circulaire de la peau, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, au-dessous de la tubérosité antérieure. Quand on comprime la jambe, on fait sortir par l'orifice cutané un liquide sanieux, composé de pus et de sang. On remarque une hyperostose considérable du corps du tibia, son bord antérieur étant mousse et couvert de végétations osseuses.

3 décembre : Débridement des parties molles. Soulagement du malade. Dès son entrée à l'hôpital, un traitement spécifique avait été institué sans résultat.

Le 13 janvier, M. le professeur Trélat, en présence du développement lent de la lésion, de l'apparition brusque de la douleur, de sa diffusion, du *siège diaphysaire* de la tuméfaction osseuse, ne constatant ni fistules osseuses, ni cicatrices anciennes d'abcès ossifluents, eu égard à l'intégrité des articulations, pose le diagnostic d'ostéosarcome du tibia.

Amputation de la cuisse à la partie moyenne.

Examen de la pièce. — La coupe du tibia montre que la diaphyse a une largeur de 24 centimètres; elle est dure, éburnée, de teinte verdâtre. Il s'agissait d'une diaphysite chronique d'emblée.

OBSERVATION XIII

Malade présenté par M. le Dr WALTHER, *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1917.

Ostéomyélite chronique du tibia de nature mal déterminée.

Cet homme, âgé de 43 ans, a commencé, il y a quinze ans, à ressentir des douleurs dans la jambe droite et quelque temps après se dessinait sur le tibia une légère tuméfaction qui, peu à peu, se développa, s'étendit et gagna toute la hauteur de l'os.

Depuis deux ans, l'état semble stationnaire; la douleur constante mais sourde dans la station debout ou assise, s'exaspère sous l'influence de la marche, de la station debout prolongée, du froid ou de l'humidité.

Le tibia forme en avant une saillie convexe, en fourreau de sabre, analogue à celle du « tibia de Lannelongue », de la syphilis héréditaire; mais à la palpation, on constate qu'ici la déformation est différente; il y a une véritable incurvation du tibia, dont le bord postérieur est concave. La surface de l'os est légèrement bouclée, le bord antérieur, épaissi, élargi.

La pression détermine de la douleur sur toute la hauteur de l'os, mais surtout à la partie inférieure du tiers moyen. Il existe, de plus, une élévation manifeste de température facilement perceptible à la main.

La radiographie montre une couche notable d'ossification périostique avec altération du cylindre compact et du canal médullaire élargi et traversé de travées osseuses. Le tibia tout entier est incurvé et élargi.

Il n'existe aucun antécédent ni aucun stigmate de syphilis, et la réaction de Wassermann faite à deux reprises est restée négative.

MM. Kirrison et Broca pensent à une ostéomyélite chronique d'emblée, M. Michaux à de la syphilis osseuse.

OBSERVATION XIV

Gazette médicale de Paris, 30 mai 1885.

B... (Joseph), 47 ans, employé, entre à l'Hôtel-Dieu.

Bonne santé habituelle, pas de trace de tuberculose ou de syphilis. Pendant la nuit du 31 décembre, il eut la sensation d'un craquement dans la hanche. Apparition d'une tuméfaction peu douloureuse à ce niveau. Le 21 janvier, les douleurs avaient cessé. Ce jeune homme reprit ses occupations. Au bout de quatre jours, il ressentit un nouveau craquement, suivi d'une gêne fonctionnelle définitive.

A son entrée, on constate les signes bien nets d'une fracture sous-trochantérienne; de plus, il existe au niveau du foyer de la fracture et jusqu'à la *partie moyenne* de l'os, une tumeur volumineuse, inégalement consistante.

Dans une clinique faite sur ce malade, M. Picqué admet l'existence probable d'une tumeur développée dans la moelle. Subsidiairement, il insiste longuement sur la possibilité d'une fracture par altération tuberculeuse ou ostéomyélite à forme torpide.

M. Richet se décide à pratiquer la désarticulation le 14 février.

A propos de l'examen du tissu de l'os enlevé, M. Richet fait remarquer à ses élèves qu'il ne peut conclure sur la nature de l'affection.

Était-ce une inflammation de la moelle de nature tuberculeuse? Une altération par hypergénèse de certains éléments normaux? Une affection cancéreuse? « Notre excellent maître discuta ces diverses hypothèses, mais déclara n'avoir pas les éléments nécessaires pour les admettre et se rattacha, en dernière hypothèse, à une ostéomyélite torpide. »

CONCLUSIONS

1° Tous les auteurs donnent de si nombreux caractères distinctifs pour chacune des affections osseuses chroniques dont nous avons étudié les symptômes que du nombre même de ces signes découle l'insuffisance de chacun d'eux ;

2° Nous ne traitons pas en un chapitre spécial du diagnostic différentiel de ces diaphysites chroniques à allures cliniques bizarres, à symptômes non caractéristiques, puisque, si nous avons cru devoir réunir et rapprocher les unes des autres toutes ces observations, c'est bien pour prouver qu'il est des cas où ce diagnostic est encore aujourd'hui des plus difficiles ;

3° Celui-ci ne sera possible souvent qu'après un examen clinique approfondi, le secours de la radiographie, des épreuves de laboratoire et du traitement d'épreuve que, dans le doute, il faut toujours pratiquer.

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

Le Président,
J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 3 décembre 1923.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BAUDOU. — Contribution à l'étude de la tuberculose primitive de la diaphyse des os longs des membres. Thèse de Bordeaux, 1906-1907.
- BECK. — Chronic osteomyelitis. *Surgery gynecology and obstetric of Chicago*, 1910.
- BINET. — Sur un cas de spina ventosa du péroné. *Province médicale*, 1910.
- BROCA. — Spina ventosa des grands os longs. *Journ. des prat.* 1910.
- CASSAIGNAC. — De l'ostéomyélite. Compte rendu de l'Académie des sciences, 1859.
- CHABRIAC. — Contribution à l'étude de l'ostéomyélite gommeuse des os longs. Thèse de Paris, 1898-1899.
- CHANGOGNE. — Contribution à l'étude de l'ostéomyélite chronique d'emblée. Thèse de Bordeaux, 1905-1906.
- DARBOIS. — *Bulletins et mémoires de la Société de radiologie médicale*, Paris, 1911.
- DELBET. — *Revue générale clinique et thérapeutique*, Paris, 1910.
- DEMOULIN. — Ostéomyélite chronique d'emblée. Th. Paris, 1887-1888.
- DUPLAY. — *Gazette des hôpitaux*, 1891.
- DUVERGEY. — Ostéomyélite chronique d'emblée de l'humérus. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1908.
- GANGOLPHE. — Traité des maladies infectieuses et parasitaires des os. Paris, 1894.
- GIULANI. — De l'ostéomyélite tuberculeuse. Thèse de Lyon, 1901-1902.
- HACHE. — De l'ostéite tuberculeuse à forme d'ostéomyélite. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1910.
- HORION. — Affections chroniques des os et articulations.
- JABOULAY. — *Lyon médical*, 1894.
- KIRMISSON. — Ostéomyélite chronique de la diaphyse humérale. *Pédiatrie pratique de Lille*, 1910.

KIRMISSON. — Les ostéomyélites. *Progrès médical*, 1913.

— *Revue générale clinique et thérapeutique*, Paris, 1914.

KORNPROBST. — Spina ventosa des grands os longs. Thèse de Lyon, 1907.

LACROIX. — Thèse de Lyon, 1896-1897.

LANNELONGUE. — Abscess et tuberculose osseuse. Paris, 1881; *Bulletin de la Société de chirurgie*, avril 1879; *Compte rendu de l'Académie des sciences*, Paris, 1903.

LANNELONGUE et COMBY. — *Archives générales de médecine*, 1879.

MARQUIS. — Ostéomyélite chronique d'emblée. *Archives générales de chirurgie*, 1909.

MORRANT-BAKER. — *Medico-surgical transaction*, London, 1879.

PERRET. — Étude clinique de l'ostéomyélite gommeuse des os longs. Thèse de Lyon, 1885.

PHILBERT. — Aspect radiographique de la syphilis héréditaire, tuberculose et ostéomyélite diaphysaire des os longs. Paris, 1913.

PICARD. — Contribution à l'étude de l'ostéomyélite syphilitique des os longs. Thèse de Nancy, 1903.

PRUCHE. — De la syphilis du tibia. Thèse de Paris, 1889.

ROCHER. — Tuberculose diaphysaire des deux radius. Société anatomo-clinique de Bordeaux, 15 avril 1912.

ROUX et VINON. — *Montpellier médical*, 1920.

RUDEL. — *Journal des sciences médicales de Lille*, 1906.

SAHUT. — Essai sur la tuberculose de la diaphyse des os. Thèse de Paris, 1903.

SALDUCCI. — Thèse de Montpellier, 1897.

SCHWARTZ. — Thèse d'agrégation, Paris, 1880.

SIDRAS. — Tuberculose diaphysaire des grands os longs. Thèse de Montpellier, 1913.

TRÉLAT. — Congrès de chirurgie, 1885.

VENOT. — *Journal de médecine de Bordeaux*, février 1906.

VIGNARD. — Tuberculose diaphysaire. *Revue d'orthopédie*, Paris, 1902.

VIGNARD et MOURIQUAND. — *Province médicale*, 3 novembre 1906.

WALTHER. — Ostéomyélite chronique du tibia de nature mal déterminée. *Bul. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1917.

